

Are we ready for Telepsychiatry? Benefits and challenges of digital psychotherapy

Czy jesteśmy gotowi na Telepsychiatrię? Korzyści i wyzwania cyfrowej psychoterapii

Klaudia Kister¹ ABCDEF, <https://orcid.org/0000-0003-2058-5395>,

Jakub Laskowski² ABCDEF, <https://orcid.org/0000-0002-9547-0608>,

Ewelina Dybała³ ABCDEF, <https://orcid.org/0000-0001-6285-822X>,

Agata Makarewicz⁴ ABCDEF, <https://orcid.org/0000-0002-4478-8608>

¹Students Research Group at the I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin, Poland

²Students Research Group at the Department of Paediatrician Oncology, Transplantology and Haematology Medical University of Lublin, Poland

³Provincial Specialist Hospital in Lublin, Poland

⁴I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin, Poland

Abstract

Background: Telemedicine is one of the most modern and fastest-growing branches of medicine. The most common form is video consultation. We distinguish between synchronous and asynchronous telepsychiatry. This study aims to show the benefits of using telepsychiatry services, the challenges it poses to users, and to evaluate its use against traditional therapy.

Materials and methods: A review of literature from 1956-2023 in EMBASE, OpenKnowledge and PubMed databases was conducted. Keywords used were: telepsychiatry, teletherapy, and digital psychiatry. Ninety-eight articles were included.

Discussion: Telepsychiatry is an opportunity for regions affected by medical staff shortages. It bypasses cultural barriers, the problem of traveling and reduces the cost of medical point-of-service. Telepsychiatry is an opportunity for patients who do not use psychiatrists due to discrimination in a conservative society. Groups that may find it challenging include the elderly, the blind, and the deaf. Creating a healthy therapeutic alliance through a screen can be impossible, making it difficult to achieve successful therapy. A barrier to developing telepsychiatry is the need for more guidelines for dealing with medical errors.

Conclusions: Telemedicine can help in accessing specialized care regardless of location. Telepsychiatry provides a safe and anonymous environment for patients reluctant to receive inpatient therapy. The effectiveness of online therapy is primarily debated. Telepsychiatry should be limited to follow-up consultations and well-known patients - it is a form of complementing the diagnosis and treatment process. The authors point to the need for developing specific guidelines for conducting teletherapy with particular attention to the problem of suicide.

Keywords: telepsychiatry, teletherapy, digital psychiatry.

Streszczenie

Wstęp: Telemedycyna należy do najnowocześniejszych i najszybciej rozwijających się gałęzi medycyny. Telepsychiatria obejmuje szeroki zakres możliwości świadczenia usług. Najczęściej stosowaną formą są konsultacje terapeutyczne w formie wideorozmowy. Wyróżniamy telepsychiatrię synchroniczną i asynchroniczną. Celem niniejszej pracy jest ukazanie korzyści płynących z korzystania usług telepsychiatrii, wyzwań jakie stawia przed użytkownikami oraz ocena ich zastosowania względem tradycyjnej terapii stacjonarnej.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu literatury naukowej z lat 1956-2023 w bazie EMBASE, OpenKnowledge i PubMed. Użyto słów kluczowych: "telepsychiatria, teleterapia, cyfrowa psychiatria". W tym przeglądzie uwzględniono 98 artykułów.

Dyskusja: Telepsychiatria jest szansą dla rejonów dotkniętych problemem niedoboru kadry medycznej. Ponadto omija bariery kulturowe, problem dojazdu do odległej placówki oraz redukuje koszty obsługi punktów medycznych. Telepsychiatria jest

szansą dla chorych, którzy nie korzystają z usług psychiatrów ze względu na dyskryminację w konserwatywnym społeczeństwie. Do grup mogących mieć trudności z korzystaniem z telepsychiatrii należą m.in. starsi, niewidomi, niedośćsłyszący. Stworzenie zdrowego sojuszu terapeutycznego przez ekran może być niemożliwe, co utrudnia osiągnięcie sukcesu terapii. Barię w rozwoju telepsychiatrii jest brak regulacji prawnych i wytycznych postępowania w przypadku błędów medycznych.

Wnioski: Telemedycyna dzięki swoim właściwościom może pomóc wyrównać szanse w dostępie do specjalistycznej opieki niezależnie od miejsca pobytu pacjenta i lekarza. Telepsychiatria dzięki zapewnieniu anonimowości zapewnia bezpieczne środowisko dla pacjentów niechętnych terapii stacjonarnej. Wśród kwestii negatywnych dyskusje prowadzone są przede wszystkim nad efektywnością prowadzenia terapii online. Telekomunikacja powinna się ograniczać do kontrolnych konsultacji i dobrze znanych pacjentów - stanowi formę uzupełnienia procesu diagnozy i leczenia. Autorzy wskazują na potrzebę opracowania szczegółowych wytycznych prowadzenia teleterapii ze szczególnym uwzględnieniem problemu samobójstwa.

Słowa kluczowe: telepsychiatria, teleterapia, cyfrowa psychiatria.

Introduction

Telemedicine is among the most modern and fastest-growing branches of medicine. The relentless development of digitization in all areas of life compounds its rapid growth. Telemedicine in the scientific literature was first mentioned in the journal *The Lancet* in 1879 as a form of providing medical expertise by conducting medical visits over the phone [1]. Today, there is rapid development in the use of telemedicine in health care, including telepsychiatry [2-3], which Perera et al. define as the use of electronic communication and information technologies to provide or support clinical psychiatric care at a distance [4].

The first description of the use of telemedicine in psychiatry dates back to 1956 from the University of Nebraska [5]. The next step in its development was group psychotherapy conducted for the first time via videoconferencing [6]. Telepsychiatry was soon extended to providing services for children in 1976 when a connection between a medical school and a children's health facility via cable television was used for the first time [7].

Telepsychiatry encompasses a wide range of service delivery options. These consist of remote visits delivered via video, phone calls, therapies supported by digital platforms and phone apps, training videos and the availability of social media. The most common form are therapy consultations via video calls [2].

Hilty et al. [8] detailed two major subfields of telepsychiatry. These are synchronous psychiatry and asynchronous psychiatry. The first concept refers to real-time services between patients and doctors who are separated only by distance. Consultations take place at scheduled times, with participants meeting for recurring appointments from a convenient location with Internet access. The patient and therapist see each other on a screen and have a video conversation. Synchronous telepsychiatry provides the opportunity for the therapist actually to assess the patient during the televised

session. This is the most crucial advantage of this type of telepsychiatry over the others. On the other hand, the second type - asynchronous telepsychiatry - includes many applications of digital therapies, such as pharmacotherapy monitoring applications, artificial intelligence, digital programs and therapy monitoring platforms [9].

In this case, the patient's interaction with the therapist is further separated not only by distance, but also by time [10]. Using this form of therapy, the patient can log in to a particular program or platform and read the therapeutic recommendations, add his observations, report complaints, and ask questions. In turn, the therapist supervises the treatment program, creates training videos, modifies the therapy, and conducts observations. One of the most recent developments in asynchronous telepsychiatry is the stand-alone online platform CBT4CBT - Computer-Based Training for Cognitive Behavioural Therapy, which supervises psychoeducation using training videos, case descriptions and quizzes divided into sequential phases of several hours, in which the patient participates remotely [11].

Telemedicine is developing in response to the growing demand for online medical services. Studies show that as many as 71% of Internet users look for health information on websites. One in two respondents reads up on mental health. The most commonly used platform for obtaining information is YouTube [12]. The WHO estimates that one in five people worldwide struggles with a mental health disorder [13]. With such a high demand for psychiatric care, traditional health systems cannot meet expectations. Given this, alternative, cheaper and easier solutions for accessing therapeutic care are being sought. Telepsychiatry may be the answer.

This study aims to show the benefits of using telepsychiatry services, the challenges it poses to users, and to evaluate its use against traditional inpatient therapy.

Material and methods

A review of the scientific literature from 1956 to 2023 in EMBASE, OpenKnowledge and PubMed databases was conducted based on selected keywords: telepsychiatry, teletherapy, digital psychiatry. A search of articles was conducted from Dec. 22, 2022 to Jan. 14, 2023 and initially 5523 articles were obtained. The exclusion of duplicates and articles written in languages other than Polish, English and German was performed. Subsequently, after checking the abstracts, another 1184 articles were rejected. This review includes 98 articles.

1. Benefits of using telepsychiatry

1.1. Equal access to health care services

With the continuous development of telepsychiatry applications, it is possible to detail its multiple benefits. A factor significantly influencing the accelerated development of telemedicine services was the COVID-19 pandemic, which limited access to all medical services, not just psychiatric ones. Closure of facilities, and reduction of interpersonal contacts due to the risk of virus transmission forced people to look for new forms of service delivery to maintain the continuity of treatment [14-17].

At that time, teletransportation became popular, and because of the high demand for medical consultations, telemedicine tools began to be developed and subsequently improved [18]. Telepsychiatry was developed in parallel with other branches [19]. Digital health care made it possible to continue treatment without exposing patients to COVID-19 infection. The pandemic directly accounted for the main reason for the accelerated development of telemedicine. This is justified by the fact that before the outbreak of the pandemic only in the US less than 10% of physicians provided telemedicine services. However, by the spring of 2020 this rate was already observed in the range of 50% of all specialists [20].

The pandemic highlighted the problem of medical staff shortages in many areas of the world. The quarantine and forced isolation associated with exposure to the virus further exacerbated these deficits. Telemedicine, whose primary goal is to provide medical services at a distance, makes it possible to bridge the disparities in access to medical advice.

Telepsychiatry is an opportunity for regions particularly affected by the shortage of highly qualified medical staff, where the ever-increasing demand for mental health services is increasing the length of waiting times for medical consultation [21]. The World Health Organization (WHO) estimated a shortage of health professionals at 17.4 million in 2013, including 2.6 million doctors [22]. In addition, the WHO estimates that the average number of mental health professionals is about 1

per 100,000 people [23].

Only in Poland according to The Supreme Audit Office report of years 2017-2019, about 9 percent of children required psychiatric intervention, representing about 630,000 people under the age of 18. That means that as many as 5 out of 16 provinces did not have access to psychiatric wards any day. In one province, there was no 24-hour ward for children and adolescents for a population of more than 1 million. Access to specialized care per capita also remained uneven, from 0.16 specialists per 10,000 children to the highest rate of 0.79 per 10,000 children [24]. The scale of this phenomenon is illustrated in Figure 1.

Analyses show that the most challenging situation in access to mental health services is in rural areas [18], where underdeveloped infrastructure does not provide opportunities for inpatient services [51]. The problem also relates to shortages of medical staff. Large urban areas concentrate highly specialized clinics and other medical facilities in most areas. People from rural areas, but also those with mobility difficulties, residents of social care institutions, hospices, or patients hospitalized for a long time in other medical facilities face many difficulties in getting to a scheduled appointment in a large city. This results in the discontinuation of therapy, the skipping of subsequent appointments or the abandonment of seeking psychiatric help altogether. Telepsychiatry services provided at home or any other patient location help bypass the described obstacles and allow access to the services of a specialist anywhere on earth [25].

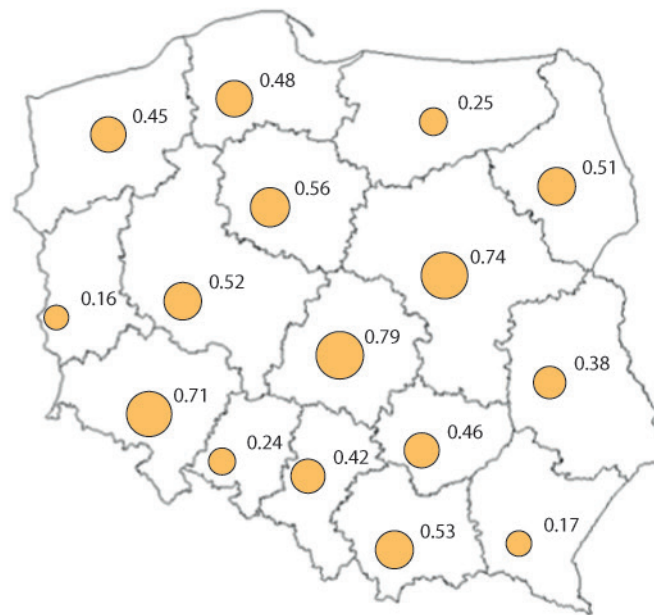
Regardless of their permanent residence, patients can also benefit from telepsychiatry when traveling abroad [26] and after relocating. Using remote therapies bypasses the language and cultural barrier [51]. Moreover, patients are more likely to discuss complex topics with their favorite, familiar therapist. This is a clear advantage of telepsychiatry over inpatient therapy, as stated by Stoll et al. [89] and Fenichel et al. [27] in their work.

1.2. Reducing costs and travel time to see a specialist

The uneven distribution of medical facilities and the frequent shortage of qualified staff forces patients to make long-distance trips to attend therapy. Transportation barriers, long time spent on commuting and the associated costs cause infrequent cancellations of medical care. This phenomenon is so common that it has become the subject of much research in medical fields. Syed et al. proved that more than 55% of the reasons for not attending a medical appointment were transportation-related problems [28].

Rask et al. [29] analyzed the factors influencing the lack of continuity of treatment for patients in Atlanta. The authors proved that using public transportation to get to the clinic was a significant reason for not achieving

Figure 1. Distribution of child and adolescent psychiatrists by province in Poland.



● Number of child and adolescent psychiatrists per 10,000 minors.

Source: Supreme Audit Office Report: Availability of psychiatric treatment for children and adolescent in 2017-2019, dated 06.03.2020.

therapeutic success. A higher treatment success rate was achieved by patients using a private car. The per-visit problem mainly affects children who cannot travel independently and are dependent on their parents. This issue was described by Yang et al. [30]. A similar study was conducted by Flores et al. [31], which proved that almost one in four children had difficulty finding transportation to their medical appointments, making it impossible to maintain continuity of treatment. The authors asked respondents about the most important reasons for missing follow-up appointments. Respondents indicated a lack of transportation, high costs associated with getting there or excessive distance to travel. Another study found that about 50% of adolescents drop out of psychiatric treatment for these reasons [32]. Similar findings were obtained by Silver et al. [33]. In their study, they described that 25% of patients missed an appointment with a specialist because of commuting problems. This was mainly true for patients using public transportation. Similar results were also obtained by Kaigwa et al. [34]. The long-distance separating the patient from the medical facility and the time required to travel it were the subjects of a study by Cowan et al. [35]. It has been proven that telepsychiatry allows the patient to save about 142 minutes on a single visit alone [36]. Lack of time is a significant factor in the discontinuation of therapy. It mainly affects adolescents and working people [37]. For these groups, telepsychiatry is a good solution. Adolescents can receive therapy during school breaks, while being at home or with grandparents, and a parent does not have to take time off from work or take extra leave to drive their child to an

appointment. In a study by Swami et al. they showed that the most important advantages of using telepsychiatry were time savings and patient convenience [38]. Long-distance travel to the facility obliges patients to pay high commuting costs. In a study by Al-Mahrouqi, respondents cited the most important advantages of telepsychiatry: reduced commuting costs and no time off work to get to medical appointments [39]. Similar results were obtained by Benudis et al. In their study, the authors showed that patients cited the lack of travel and the associated significant cost reduction as one of the most important benefits of telehealth [28,40].

The question of cost-effectiveness also applies to the medical facilities where specialists provide their services including the cost of renting and operating the premises [41]. Currently, facility managers are striving to minimize the costs incurred, hence more cost-effective solutions for providing medical services are being sought [42]. With the use of telepsychiatry, the problem of the cost of operating medical offices disappears. Spaulding et al. showed that telepsychiatry services helped reduce facility costs by more than 70% [43]. Similar aspects were analyzed by Hassan et al. [44]. The authors proved that telepsychiatry services have overall lower costs for the facility owner than inpatient services, despite the initial higher costs associated with the implementation of modern digital technology.

1.3. Fighting social discrimination

Thanks to its features, telepsychiatry also makes it possible to overcome other barriers patients face during

therapy [89]. These include fear of others' opinions and exposure to discrimination in a conservative society [45]. Telepsychiatry, thanks to the possibility of receiving services in one's own home, is effective in offsetting these problems [18], as they are not uncommon reasons for not seeing a doctor [46-47]. The Comorbidity National Survey Replication results showed that more than 50% of patients with a mental disorder do not receive care from a specialist. The main reason for not seeking help was reluctance to disclose their illness to the world [87]. Datta et al. pointed out the benefits of teleconsultation among patients suffering from eating disorders. Thanks to teletherapy, they were not exposed to comments about their appearance from other people [48]. Similar benefits have been found among people with different appearances who suffer from depression, such as patients who use wheelchairs, patients with genetic syndromes with a distinctive phenotype, or people who dress differently. Not having to go to a doctor in a public place makes it possible to keep a patient's illness a secret [49]. People, who fear negative public opinion, are more likely to choose a telepsychiatry service that provides a sense of anonymity [53] and security [50]. The choice of telemedicine is essential, especially for people living in conservative and small communities and for adolescents for whom belonging to a peer group is of paramount importance [46].

In psychiatry, sensitive topics related to the patient's private life are very often addressed [51], so in order to achieve the desired therapeutic effect, it is vital that the patient feels safe and comfortable [52-53]. Teletherapy in the family home offers more benefits for those suffering from depression or anxiety [20,49]. Unlike inpatient therapy, the patient remains in a safe, familiar environment [54].

The potential for the use of telepsychiatry in health care is broad, and the importance of conducting new research to ensure satisfactory and effective therapy is emphasized.

2. Challenges of telepsychiatry

2.1. Technological barriers

Successful implementation of telepsychiatry solutions is contingent on both clinicians and patients successfully overcoming barriers [50]. Supporting the treatment process with telepsychiatry may be more effective in younger people [2,9] due to their ability to use new technologies, as opposed to older people. Miller et al. at the General Mental Health Clinic asked patients about their willingness and ability to use telepsychiatry. Older patients were less interested in using new technologies as a contact alternative in the health care system [55]. Seniors are less likely than younger people to use internet-

enabled equipment and often need more confidence in modern methods [56]. Contrary to the premise of increasing accessibility to medical services, in this case, the use of telemedicine may alienate the elderly from the community [57].

A study by Christensen et al. evaluating the use of video consultations by older people with depression found that technical challenges can compromise the integrity of the doctor-patient therapeutic contact [9,58]. In contrast, Myers et al. identified hard of hearing, blind or cognitively impaired patients as groups that may have difficulty overcoming technological challenges [59]. Patients themselves have concerns about using telemedicine services [60]. Technological barriers such as poor audio and video quality prevent effective telehealth conversations. Similar results were obtained by Kaigwa et al. [34]. Image clipping and audio interference can cause anger and frustration to build up, resulting in the discontinuation of therapy [61].

Telepsychiatry can be a challenge for many geographic areas where residents do not have regular access to the Internet [62], that is, countries with low economic development, war-torn countries, high mountainous regions, or those isolated from the rest of civilization.

2.2. Social isolation

Traditional inpatient psychotherapy and consultation played a kind of social role - forcing the patient to leave his home, interact with other people and spend time in a stationary conversation with another human being. In a study by Magal et al. [63], respondents expressed concern that using video conferencing at home exacerbates patients' social isolation. This is important given the current times, in which many people are struggling with loneliness, compounded by the COVID 19 pandemic. This problem affects young and old alike. A study by Turgosse et al. on patients suffering from post-traumatic stress disorder PTSD confirms this [64]. Some providers expressed concern that telepsychiatry may paradoxically increase the need for psychotherapy sessions rather than reduce them [65].

2.3. Lack of privacy at home

A teleconsultation held at the patient's convenience is advantageous regarding time spent traveling to the facility, as mentioned in the previous section. A person can attend a consultation in his home, room, or work. On the other hand, the lack of a specially designated room for therapy sessions can be associated with the problem of lack of privacy during the conversation [66]. This is especially true for patients of lower economic status living in multi-family homes, which may be vulnerable to

overhearing the conversation from family members [39]. In the workplace, on the other hand, other employees may interfere with consultations. Third parties may also be present in the room but out of camera range. Consequently, the patient may conceal his or her symptoms for fear of criticism from others. The situations presented may decrease the quality of telepsychiatry services due to the lack of security, privacy and freedom of expression [67]. The above problem was presented in a 2022 meta-analysis by Al-Mahrouqi et al., based on the experiences of patients and therapists evaluating the use of video-based health care during the COVID-19 pandemic [39]. Similar problems were pointed out by Watzlaf et al. when patients could not express their emotions due to the proximity of third parties at home [68]. This was also confirmed by de Menil et al. [69]. In the case of an inpatient visit, a patient going to a facility "leaves" all his or her responsibilities at home. In the practice of telepsychiatry, private life is mixed with therapy during online home visits [94]. Some patients may take online visits less seriously and thus perform, for example, household chores or take care of children during the consultation. As a result, they do not entirely focus on therapy, which leads to a decrease in therapy effectiveness [70]. At home, the patient can interrupt the appointment at any time and turn off the meeting [3].

2.4. Therapeutic alliance

Psychotherapy based solely on video consultations can negatively affect the development of the therapeutic alliance, a specific bond between a patient and a therapist, that develops throughout ongoing sessions and conversations [71]. The alliance is a fundamental factor influencing the success of psychotherapy [72], making up about 30% of its outcome. This is why the advantage of inpatient sessions over computer sessions is emphasized, especially at the beginning of therapy [38,73]. A patient who hears the voice from the computer and observes the doctor's figure on the screen may be reluctant to discuss difficult and private topics [89]. Establishing a solid relationship with a stranger requires trust in the therapist, which can be difficult with the image of the person on the screen [74]. In turn, doctors may find it difficult to show understanding and empathy through the screen [67]. They have expressed concerns about not being able to make comforting gestures to a sad patient [75]. The barriers described create an artificial atmosphere during the conversation, and participants may have difficulty establishing a healthy relationship, as indicated by Leukhardt et al. [76]. The confirmation comes from a study by Christensen et al. in which both patients and therapists expressed the opinion that video conferencing cannot replace all face-to-face conversations [58]. Moreover, patients consider face-to-face conversations

more valuable than online consultations [38,55,77].

Concerning the above studies, the Polish Psychiatric Association recommends that telecommunications should be limited to follow-up consultations of well and long-known patients [78].

2.5. A psychiatrist's perspective

Specialists are skeptical about achieving the desired therapeutic success using only remote sessions. David Turgosse et al. in a meta-analysis, emphasize that the doctor, when conducting online therapy, is deprived of the opportunity to look directly into the eyes, track facial expressions and body language. He cannot assess possible signs of self-injury [79], weight loss [80] or smell of alcohol. Thus, it cannot make a comprehensive assessment of the patient. In telephone contact, the patient's image is completely lost, as emphasized by Mielimąka et al. in a research paper on online psychotherapy [81]. An incomplete assessment of the patient's mental state prevents accurate monitoring of, for example, suicide risk. Shore et al. in a study, express concern about the limited ability of the physician to respond in cases of expressed suicidal thoughts and sudden loss of connection [82]. Gentry et al. pointed out the problematic distinction in remote therapy between true suicidal intent and false intent [83]. Experts believe that people with a history of suicide attempts should not use telepsychiatry [39,80].

Skepticism and mistrust of clinicians about telepsychiatry are considered the most significant barriers inhibiting the implementation of the services in question [84-86].

2.6. Legal issues

The provision of digital therapy obliges all medical records to be stored online. Using increasingly modern software and work platforms requires adequate protection of the data stored there [86]. Mental health information is among the highly sensitive data and should be especially protected [87]. It is essential to determine who will have access to the information stored in the system. Using appropriately licensed, certified applications guarantees the security of the information [88]. Studies show that patients and therapists are more likely to choose certified digital programs [76]. Grover et al. conducted a study on data handling for mental health professionals. The authors indicated that it was necessary to determine the storage medium of stored data, encoding of information and selective data access privileges [86]. An example of recommended application for teletherapy is WhatsApp, which features message encryption, secures login and is easy to use. Verifying a patient's identity is controversial, especially during therapies conducted through online platforms or phone calls [89]. A stranger may pose as a

patient to access information about the patient's condition illegally. In addition, children may pretend to be their parents to obtain medical advice without the consent of their guardians [90].

Another issue that needs to be clarified is the rights and responsibilities of both the doctor and the patient during online visits, as pointed out by Martinez-Martin [91]. So far, no regulations have been created to govern handling medical errors during teleconsultation [92]. The extent of physician liability remains a matter of contract [93].

One of the subjects of discussion in telemedicine addressed in the work of Sousa et al. [94] and the work of Stoll et al. is the payment of a fee for the consultation performed [89]. Discussions on the price of teleconsultation stem from disagreements over whether an online visit should cost more or less than an inpatient visit [95]. To date, it has yet to be determined how the fee should be charged if there is an interruption of the connection or other technical failures and whether the consultation fee should be calculated in the same way as for an in-person consultation [89]. To date, no clear regulations have been developed for the use of teleconsultation [96]. There is a need to set guidelines for the use of inter-country teleconsultation [97].

2.7. Abuses

The growing number of specialists providing telepsychiatry services may increase the prescription of addictive drugs. The problem of substance abuse is among the major challenges for telepsychiatrists. It has been reported that there are cases of abuse when addicted patients try to get the same prescription from several doctors and increase the dose of the prescribed drug on their own [89]. An increase in fraudulent phone calls to obtain prescriptions for benzodiazepines and other narcotics, including cough syrups, has been observed [94]. When it comes to increasing access to specialists, the need to develop central patient databases to prevent abuse and drug addiction is pointed out.

Paradoxically, too frequent online consultations can

contribute to Internet addiction [98].

Conclusions

The term telepsychiatry refers to the provision of psychiatric care based on the use of electronic communication and information technology to provide care at a distance. With the current high demand for psychiatrists' services, telemedicine can help level the playing field in accessing specialized care regardless of where the patient and physician are located. In addition, it extends care coverage to those living in rural areas or those who otherwise have limited access to health care services.

Telepsychiatry effectively minimizes problems such as time constraints and transportation difficulties. It is also an attempt to respond to the problem of stigma and social stigma for people receiving psychiatric treatment. Among the negative issues, the effectiveness of conducting online therapy is primarily debated. From the perspective of the psychiatrist, during remote meetings with the patient, the possibility of looking directly into the eyes, tracking facial expressions and body language, and access to assessment of traces of self-harm, among other things, may be lacking. Creating a complete assessment of the patient makes exclusive remote therapy impossible under current conditions. Therefore, telecommunications should be limited to control consultations and well-known patients - it is a form of supplementing the diagnosis and treatment process. The possibility of switching to remote therapy should be agreed upon with both the patient and the specialist and be dictated primarily by the patient's welfare. It is necessary to have detailed knowledge of the location from which the patient attends the session to know the alternative source of contact in case of a technical failure or dangerous situation.

The authors point to the need to develop detailed guidelines for conducting teletherapy with particular attention to the problem of suicide.

Remote psychotherapy is being discussed in the context of legal, ethical and clinical issues, and it still requires much research to develop the best solutions.

Wstęp

Telemedycyna należy do najnowocześniejszych i najszybciej rozwijających się gałęzi medycyny. Jej dynamiczny wzrost potęgowany jest przez nieustający rozwój cyfryzacji we wszystkich dziedzinach życia. Telemedycyna w literaturze naukowej po raz pierwszy została wspomniana w czasopiśmie *The Lancet* w 1879 roku jako forma świadczenia wiedzy medycznej w

postaci przeprowadzania wizyt lekarskich przez telefon [1]. Obecnie obserwuje się szybki rozwój możliwości wykorzystania telemedycyny w opiece zdrowotnej, w tym w postaci telepsychiatrii [2-3], którą Perera i wsp. definiują jako wykorzystanie elektronicznych technologii komunikacyjnych i informacyjnych do świadczenia lub wspierania klinicznej opieki psychiatrycznej na odległość [4].

Pierwszy opis zastosowania telemedycyny w

psychiatrii pochodzi z 1956 roku z University of Nebraska [5]. Kolejnym krokiem w rozwoju była przeprowadzona po raz pierwszy psychoterapia grupowa za pomocą wideokonferencji [6]. Wkrótce telepsychiatria została rozszerzona również na świadczenie usług dla dzieci w roku 1976, kiedy po raz pierwszy zastosowano połączenie szkoły medycznej z placówką zdrowotną dla dzieci za pomocą telewizji kablowej [7].

Telepsychiatria obejmuje szeroki zakres możliwości świadczenia usług. Składają się na nie wizyty zdalne, realizowane w postaci wideo, rozmów telefonicznych, terapie wsparte platformami cyfrowymi i aplikacjami na telefon, filmy szkoleniowe oraz dostępność mediów społecznościowych. Najczęściej stosowaną formą są konsultacje terapeutyczne w formie wideorozmowy [2].

Hilty i wsp. [8] opisali dwie najważniejsze poddziedziny telepsychiatrii. Są to: psychiatria synchroniczna oraz asynchroniczna. Pierwsze pojęcie odnosi się do usług realizowanych w czasie rzeczywistym pomiędzy pacjentem a lekarzem, których dzieli jedynie dystans. Konsultacje odbywają się w wyznaczonych porach, uczestnicy spotykają się na cykliczne spotkania z dogodnego miejsca z dostępem do internetu. Pacjent i terapeuta widzą siebie na ekranie i odbywają wideorozmowę. Telepsychiatria synchroniczna stwarza możliwość rzeczywistej oceny pacjenta przez terapeuta w czasie telewizyjnej wizyty. Jest to najważniejsza przewaga tego rodzaju telepsychiatrii nad pozostałym. Z kolei drugi typ - telepsychiatria asynchroniczna - obejmuje mnogie zastosowania cyfrowych terapii, takie jak aplikacje monitorujące farmakoterapię, sztuczną inteligencję, cyfrowe programy i platformy nadzorujące terapię [9].

W tym przypadku interakcja pacjenta z terapeutą jest dodatkowo rozdzielona nie tylko odległością, ale i czasem [10]. Korzystając z tej formy terapii pacjent może logować się do danego programu lub platformy i odczytywać zalecenia terapeutyczne lub dodawać swoje spostrzeżenia, zgłaszać swoje dolegliwości oraz zadawać pytania. Z kolei terapeuta nadzoruje program leczenia, tworzy filmiki szkoleniowe, modyfikuje terapię, prowadzi obserwacje. Jednym z najświeższych rozwiązań telepsychiatrii asynchronicznej jest samodzielna platforma internetowa CBT4CBT — Computer-Based Training for Cognitive Behavioural Therapy, nadzorująca psychoedukację z wykorzystaniem filmów szkoleniowych, opisów przypadków oraz quizów podzielonych na kolejne kilkugodzinne etapy, w której pacjent uczestniczy zdalnie [11].

Telemedycyna rozwija się w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne w sieci. Badania wskazują, że aż 71% użytkowników internetu szuka informacji na temat zdrowia na stronach internetowych. Co drugi badany czyta na temat zdrowia psychicznego.

Najczęściej używaną platformą do pozyskiwania informacji jest youtube [12]. WHO szacuje, że co piąty człowiek na świecie zmaga się z zaburzeniem zdrowia psychicznego [13]. W sytuacji tak dużego zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną tradycyjne systemy zdrowotne nie są w stanie sprostać oczekiwaniom. Wobec tego poszukuje się alternatywnych, tańszych i łatwiejszych rozwiązań dostępu do opieki leczniczej. Odpowiedzią może być telepsychiatria.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie korzyści płynących z korzystania usług telepsychiatrii, wyzwania jakie stawia przed użytkownikami oraz ocena ich zastosowania względem tradycyjnej terapii stacjonarnej.

Materiały i metody: Dokonano przeglądu literatury naukowej z lat 1956-2023 w bazie EMBASE, OpenKnowledge i PubMed na podstawie dobranych słów kluczowych: "telepsychiatria, teleterapia, cyfrowa psychiatria". Przeprowadzono przeszukiwanie artykułów w dniach od 22.12.2022r. do 14.01.2023r. i wstępnie uzyskano 5523 artykuły. Dokonano wykluczenia duplikatów oraz artykułów napisanych w innym języku niż polski, angielski i niemiecki. Następnie po kontroli abstraktów odrzucono kolejne 1184 artykuły. W tym przeglądzie uwzględniono 98 artykułów.

1. Korzyści wynikające ze stosowania telepsychiatrii

1.1. Równomierny dostęp do usług opieki zdrowotnej

Wraz z nieprzerwanym rozwojem zastosowań telepsychiatrii możliwe jest wyszczególnienie jej mnogich korzyści. Czynnikiem istotnie wpływającym na przyspieszony rozwój usług telemedycyny była pandemia COVID19, która ograniczyła dostęp do wszystkich usług medycznych, nie tylko psychiatrycznych. Zamknięcie placówek, ograniczenie kontaktów interpersonalnych ze względu na ryzyko transmisji wirusa zmusiło ludzi do poszukiwania nowych form świadczenia usług w celu utrzymania ciągłości terapii [14-17].

W tym czasie popularność zyskały teleporady, a wobec dużego zapotrzebowania na konsultacje lekarskie zaczęto rozwijać i następnie udoskonalać narzędzia telemedycyny [18]. Równocześnie z innymi gałęziami rozwijano telepsychiatrię [19]. Cyfrowa opieka zdrowotna umożliwiła kontynuację terapii bez narażenia pacjentów na zakażenie wirusem COVID19. Pandemia bezpośrednio stanowiła główną przyczynę przyspieszonego rozwoju telemedycyny. Uzasadnia to fakt, że przed wybuchem pandemii tylko w USA mniej niż 10% lekarzy świadczyło usługi w zakresie telemedycyny, ale już na wiosnę 2020 roku wskaźnik ten obserwowano w granicach 50% wszystkich specjalistów [20].

Pandemia uwydatniła problem niedoboru kadry medycznej w wielu rejonach świata. Związane z narażeniem na wirusa kwarantanna i przymus izolacji

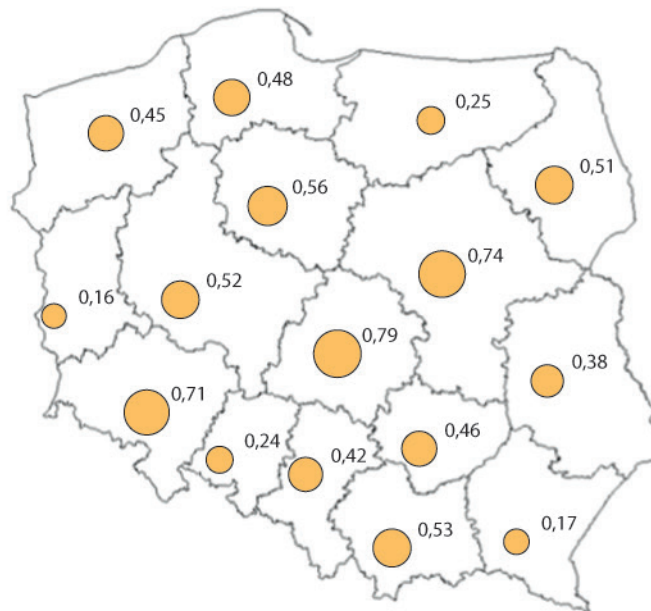
jeszcze bardziej pogłębiły te deficyty. Telemedycyna, której głównym celem jest świadczenie usług medycznych na odległość, umożliwia niwelowanie dysproporcji w zakresie dostępu do porady lekarskiej.

Telepsychiatria jest szansą dla rejonów, które szczególnie dotknięte są problemem niedoboru wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, gdzie stale rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowia psychicznego zwiększając długość oczekiwania na konsultację lekarską [21]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oszacowała niedobór pracowników służby zdrowia na 17,4 miliona w 2013 roku, w tym 2,6 miliona lekarzy [22]. Ponadto WHO szacuje, że średnia liczba specjalistów zdrowia psychicznego wynosi około 1 na 100 tysięcy ludzi [23].

Tylko w Polsce, jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli NIK w latach 2017-2019 około 9 % dzieci wymagało interwencji psychiatrycznej, co stanowi około 630 tysięcy osób poniżej 18 roku życia. W raporcie podano, że aż w 5 na 16 województw nie było dostępu do żadnego oddziału psychiatrycznego dziennego. W jednym województwie na ponad 1 milion mieszkańców nie funkcjonował żaden oddział całodobowy dla dzieci i młodzieży. Nierównomierny pozostaje także dostęp do opieki specjalistycznej w przeliczeniu na 1 mieszkańca od 0,16 specjalisty przypadającego na 10 tysięcy dzieci do najwyższego wskaźnika wynoszącego 0,79 na 10 tysięcy dzieci [24]. Skalę tego zjawiska ilustruje Rysunek 1.

Analizy pokazują, że najtrudniejsza sytuacja w

Rysunek nr 1. Rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach



● Liczba psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 10 tys. małych dzieci

Źródło: Raport NIK: Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w latach 2017-2019 z dnia 06.03.2020r.

dostęp do usług zdrowia psychicznego panuje w rejonach wiejskich [18], gdzie mało rozwinięta infrastruktura nie daje możliwości świadczenia usług stacjonarnych [51]. Problem dotyczy również niedoborów kadry medycznej. W większości obszarów duże aglomeracje miejskie skupiają wysokospecjalistyczne kliniki i inne placówki medyczne. Osoby z obszarów wiejskich, ale także te z trudnościami w poruszaniu się, pensjonariusze zakładów opieki społecznej, hospicjów, lub pacjenci hospitalizowani długi czas w innych placówkach medycznych napotykają wiele trudności w dojeździe na umówioną wizytę do dużego miasta. Skutkuje to przerwaniem terapii, opuszczaniem kolejnych wizyt lub całkowitym zaniechaniem szukania pomocy psychiatry. Usługi telepsychiatrii świadczone w domu lub w każdym innym miejscu pobytu pacjenta pomagają ominąć opisane przeszkody i umożliwiają dostęp do usług specjalisty w każdym miejscu na ziemi

[25].

Niezależnie od miejsca stałego pobytu, pacjenci mogą korzystać z telepsychiatrii również w trakcie podróży zagranicznych [26] oraz po zmianie miejsca zamieszkania. Korzystanie z terapii zdalnych omija barierę językową i kulturową [51], ponadto pacjenci chętniej rozmawiają na trudne tematy ze swoim ulubionym, znanym terapeutą. Jest to niewątpliwa przewaga telepsychiatrii nad terapią stacjonarną, na co wskazują Stoll i wsp. [89] oraz Fenichel i wsp. [27] w swoich pracach.

1.2 Ograniczenie kosztów i czasu dojazdu do specjalisty

Nierównomierne rozmieszczenie placówek medycznych oraz częsty niedobór wykwalifikowanej kadry zmuszają pacjentów do odbywania długodystansowych podróży w celu uczestniczenia w

terapii. Bariery transportowe, długi czas poświęcony na dojazd oraz związane z tym koszty są przyczyną nierzadkich rezygnacji z opieki medycznej. Zjawisko to jest na tyle powszechne, że stało się przedmiotem wielu badań w dziedzinach medycznych. Syed i wsp. dowiedli, że ponad 55% przyczyn niestawienia się na wizytę lekarską stanowił problem związany z transportem [28].

Rask i wsp. [29] analizowali czynniki wpływające na brak ciągłości terapii pacjentów w Atlancie. Autorzy dowiedli, że korzystanie z transportu publicznego w celu dojazdu do przychodni stanowiło istotną przyczynę nieuzyskania sukcesu terapeutycznego. Wyższy odsetek powodzeń leczenia uzyskali pacjenci korzystający z prywatnego samochodu. Problem z dotarciem na wizytę dotyczy głównie dzieci, które nie mogą podróżować samodzielnie i są uzależnione od rodziców. Tę kwestię opisali Yang i wsp [30]. Podobne badania przeprowadzili Flores i wsp [31], w których dowiedli, że prawie co 4 dziecko miało trudności w znalezieniu transportu na spotkanie z lekarzem, co uniemożliwiło zachowanie ciągłości terapii. Autorzy zapytali badanych o najważniejsze przyczyny, dla których opuszczają kolejne wizyty. Badani wskazali na brak środka transportu, wysokie koszty związane z dojazdem lub nadmierną odległość do pokonania. W innych badaniach wykazano, że około 50% młodzieży rezygnuje z tych powodów z leczenia psychiatrycznego [32]. Podobne wnioski uzyskali Silver i wsp [33]. W swojej pracy opisali, że 25% pacjentów nie zdążyło na wizytę do specjalisty z powodu problemów z dojazdem, dotyczyło to głównie pacjentów korzystających z transportu publicznego. Podobne wyniki również uzyskali Kaigwa i wsp.[34]. Długi dystans dzielący pacjenta od placówki medycznej i czas konieczny do jego pokonania stanowiły przedmioty badań Cowan i wsp.[35]. Dowiedziono, że zastosowanie telepsychiatrii umożliwia zaoszczędzenie około 142 minut przez pacjenta tylko na pojedynczej wizycie [36]. Brak czasu jest bardzo istotnym czynnikiem przerwania terapii. Dotyczy głównie młodzieży oraz ludzi pracujących [37]. Dla tych grup dobrym rozwiązaniem jest telepsychiatria. Młodzież może korzystać z terapii w czasie przerw międzylekcyjnych, będąc w domu lub u dziadków, a rodzic nie musi zwalniać się z pracy lub brać dodatkowy urlop aby zawieźć dziecko na wizytę. W badaniach Swami i wsp. wykazali, że najważniejszymi zaletami korzystania z telepsychiatrii były: oszczędność czasu oraz wygoda pacjenta [38]. Długodystansowe podróże do placówki obligują pacjentów do ponoszenia wysokich kosztów dojazdu. W pracy autorstwa Al-Mahrouqi badani wskazali za najważniejszą zaletę telepsychiatrii: zmniejszone koszty dojazdów oraz brak zwolnień z pracy w celu dotarcia na wizytę lekarską [39]. Zbliżone wyniki uzyskali Benudis i wsp. W badaniach autorzy wykazali, że pacjenci do najważniejszych korzyści

telezdrowia wymienili brak podróży oraz związaną z nimi znaczącą redukcją kosztów [28,40].

Kwestia opłacalności dotyczy także placówek medycznych, w których specjaliści świadczą swoje usługi, m.in. kosztów wynajmu i obsługi lokali [41]. Obecnie zarządcy placówek dążą do minimalizacji ponoszonych kosztów, stąd też poszukiwane są bardziej ekonomiczne rozwiązania świadczenia usług medycznych [42]. Przy zastosowaniu telepsychiatrii znika problem kosztu obsługi gabinetów lekarskich. Spaulding i wsp., wykazali, że usługi telepsychiatryczne przyczyniły się do redukcji kosztów placówki o ponad 70% [43]. Podobne aspekty analizowali Hassan i wsp. [44]. Autorzy dowiedli, że usługi telepsychiatrii charakteryzują się całościowo niższymi kosztami dla właściciela placówki niż usługi stacjonarne, pomimo początkowych wyższych kosztów związanych z wdrożeniem nowoczesnej technologii cyfrowej.

1.3 Walka z dyskryminacją społeczną

Telepsychiatria dzięki swoim właściwościom umożliwia pokonać także inne bariery, które napotyka pacjenci w trakcie terapii [89]. Należą do nich: lęk przed opinią innych oraz narażenie na dyskryminację w konserwatywnym społeczeństwie [45]. Telepsychiatria dzięki możliwości skorzystania z usług we własnym domu skutecznie niweluje te problemy [18], ponieważ nierzadko są one przyczyną niezgłaszania się do lekarza [46-47]. Wyniki Comorbidity National Survey Replication wykazały, że ponad 50% pacjentów z zaburzeniem psychicznym nie jest objętych opieką specjalisty. Główną przyczyną zaniechania szukania pomocy była niechęć przed ujawnieniem światu swojej choroby [87]. Datta i wsp. wskazali korzyści ze stosowania telekonsultacji wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania. Dzięki teleterapii nie byli narażeni na komentarze na temat swojego wyglądu ze strony innych ludzi [48]. Podobne korzyści odniosły osoby o odmiennym wyglądzie cierpiące na depresję, np. chorzy poruszający się na wózku inwalidzkim, chorzy na zespoły genetyczne o charakterystycznym fenotypie lub osoby ubierające się w odmienny sposób. Brak konieczności udania się do lekarza w miejscu publicznym umożliwia zachowanie choroby pacjenta w tajemnicy [49]. Osoby, które obawiają się negatywnej opinii społecznej, chętniej wybiorą usługę telepsychiatrii dającą poczucie anonimowości [53] oraz bezpieczeństwa [50]. Wybór telemedycyny jest istotny zwłaszcza dla ludzi żyjących w konserwatywnych i małych społecznościach oraz dla młodzieży, dla której przynależność do grupy rówieśniczej ma nadrzędne znaczenie [46].

W psychiatrii bardzo często porusza się wrażliwe dla pacjenta tematy związane z jego życiem prywatnym [51], dlatego w celu uzyskania pożądanego efektu

terapeutycznego istotne jest, aby pacjent czuł się bezpiecznie oraz komfortowo [52-53]. Teleterapia w domu rodzinnym daje więcej korzyści w przypadku osób cierpiących na depresję lub lęki [20,49]. W przeciwieństwie do terapii stacjonarnej pacjent pozostaje w bezpiecznym, znanym sobie środowisku [54].

Potencjał wykorzystania telepsychiatrii w opiece zdrowotnej jest szeroki, dlatego podkreśla się znaczenie prowadzenia nowych badań w celu zapewnienia satysfakcjonującej i skutecznej terapii.

2. Wyzwania telepsychiatrii

2.1 Bariery technologiczne

Pomyślne wdrożenie rozwiązań telepsychiatrii uwarunkowane jest skutecznym pokonaniem barier zarówno przez klinicystów jak i pacjentów [50]. Wspomaganie procesu leczniczego telepsychiatrią może okazać się bardziej skuteczne u osób młodszych [2,9], ze względu na zdolność do posługiwania się nowymi technologiami, w przeciwieństwie do osób starszych. Miller i wsp. w Ogólnej Klinice Zdrowia Psychicznego zapytali pacjentów o chęć i umiejętność korzystania z telepsychiatrii. Starsi pacjenci byli mniej zainteresowani wykorzystaniem nowych technologii jako alternatywy kontaktu w systemie opieki zdrowotnej [55]. Seniorzy rzadziej niż ludzie młodzi korzystają ze sprzętu z dostępem do internetu i nie mają często zaufania do nowoczesnych metod [56]. Odwrotnie do założenia zwiększania dostępności do usług medycznych, w tym przypadku stosowanie telemedycyny może spowodować wyobcowanie ludzi starszych ze środowiska [57].

Badanie przeprowadzone przez Christensena i wsp., oceniające wykorzystanie wideo-konsultacji przez osoby starsze z depresją, wykazało że wyzwania techniczne mogą zagrozić integralności kontaktu terapeutycznego lekarz – pacjent [9,58]. Natomiast Myers i wsp. wskazali na osoby niedosłyszające, niewidome lub chorych z zaburzeniami poznawczymi jako grupy mogące mieć trudności z pokonaniem wyzwań technologicznych [59]. Sami pacjenci mają obawy dotyczące korzystania z usług telemedycyny [60]. Bariery technologiczne, takie jak zła jakość dźwięku i obrazu uniemożliwiają przeprowadzenie efektywnej rozmowy podczas telewizyjty. Podobne wyniki uzyskali Kaigwa i wsp [34]. Zacinanie obrazu, zakłócenia w przekazywaniu dźwięku mogą powodować narastanie złości i frustracji, a w konsekwencji przerwanie terapii [61]. Telepsychiatria może być wyzwaniem dla wielu rejonów geograficznych, w których mieszkańcy nie mają stałego dostępu do internetu [62], to jest krajów o niskim rozwoju ekonomicznym, krajów ogarniętych wojną, rejonów wysokogórskich lub odizolowanych od reszty cywilizacji.

2.2 Izolacja społeczna

Tradycyjna psychoterapia i konsultacja przeprowadzana stacjonarnie odgrywała swoistą rolę społeczną - zmuszała pacjenta do opuszczenia domu, obcowania z innymi ludźmi i spędzania czasu na stacjonarnej rozmowie z drugim człowiekiem. W badaniu Magal i wsp.[63] ankietowani wyrazili zaniepokojenie, że korzystanie z wideokonferencji w domu pogłębia izolację społeczną pacjentów. Jest to ważne ze względu na obecne czasy, w których wiele osób zmaga się z problemem samotności, dodatkowo potęgowanym przez pandemię COVID19. Ten problem dotyczy zarówno młodszych jak i starszych. Potwierdzają to badania Turgosse i wsp. przeprowadzone na pacjentach cierpiących na zespół stresu pourazowego (PTSD) [64]. Niektórzy świadczeniodawcy wyrażają zaniepokojenie, że telepsychiatria może paradoksalnie zwiększyć zapotrzebowanie na sesje psychoterapeutyczne, a nie je zredukować [65].

2.3 Brak prywatności w domu

Telekonsultacja odbywająca się w dogodnym dla pacjenta miejscu jest korzystna pod względem czasu poświęconego na dojazd do placówki, co zostało wspomniane w poprzednim podrozdziale. Osoba może uczestniczyć w konsultacji we własnym domu, pokoju lub w pracy. Brak specjalnie przeznaczonego pomieszczenia do odbywania sesji terapeutycznych z kolei może wiązać się z problemem braku prywatności podczas rozmowy [66]. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów o niższym statusie ekonomicznym mieszkających w domach wielorodzinnych, którzy mogą być narażeni na podsłuchiwanie rozmowy ze strony członków rodziny [39]. Natomiast w miejscu pracy inni pracownicy mogą zakłócać przebieg konsultacji. Osoby trzecie mogą także być obecne w pomieszczeniu, ale poza zasięgiem kamery. W konsekwencji pacjent może zatajać swoje objawy w obawie przed krytyką innych. Przedstawione sytuacje mogą powodować spadek jakości usług telepsychiatrii ze względu na brak bezpieczeństwa, prywatności i swobody wypowiedzi [67]. Powyższy problem przedstawiono w metaanalizie z 2022 roku autorstwa Al-Mahrouqi i wsp., na podstawie doświadczeń pacjentów i terapeutów oceniających korzystanie z opieki zdrowotnej opartej na wideo podczas pandemii COVID-19 [39]. Na podobne problemy wskazali Watzlaf i wsp., gdy pacjenci nie mogli być swobodni w wyrażaniu swoich emocji z uwagi na bliskość osób trzecich w domu [68]. Potwierdzili to również de Menil i wsp [69].

W przypadku wizyty stacjonarnej pacjent udający się do placówki, "zostawia" wszystkie swoje obowiązki w domu. W praktyce telepsychiatrii podczas wizyt online w domu życie prywatne miesza się z terapią [94]. Niektórzy pacjenci mogą traktować wizyty online mniej poważnie,

a przez to w czasie konsultacji wykonywać np. obowiązki domowe lub opiekować się dziećmi. W konsekwencji nie skupiają się w pełni na terapii, co prowadzi do obniżania się jej skuteczności [70]. Będąc w domu pacjent może w każdej chwili przerwać wizytę i dosłownie wyłączyć spotkanie [3].

2.4 Sojusz terapeutyczny

Psychotherapia oparta wyłącznie na wideokonsultacjach może wpływać negatywnie na rozwój sojuszu terapeutycznego, który stanowi swoistą więź między pacjentem a terapeutą, rozwijającą się w trakcie trwających sesji i rozmów [71]. Sojusz jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na sukces psychoterapii [72], składa się na około 30% jej wyniku. Dlatego podkreśla się przewagę sesji stacjonarnych nad komputerowymi, zwłaszcza na początku terapii [38,73]. Pacjent, który słyszy głos pochodzący z komputera i obserwuje postać lekarza na ekranie może być niechętny do omawiania trudnych i prywatnych tematów [89]. Nawiązanie silnej relacji z obcym lekarzem wymaga zaufania do terapeuty, a to może być trudne w przypadku wizerunku osoby na ekranie [74]. Z kolei lekarze mogą mieć trudności z okazaniem zrozumienia i empatii przez ekran [67]. Wyrażali oni obawy związane z brakiem możliwości wykonywania gestów pocieszenia smutnego pacjenta [75]. Opisane bariery powodują wytworzenie sztucznej atmosfery podczas rozmowy, uczestnicy mogą mieć problemy z nawiązaniem zdrowej relacji, na co wskazują Leukhardt i wsp [76]. Potwierdzeniem są badania Christensena i wsp. w których zarówno pacjenci, jak i terapeuci wyrazili opinię, że wideokonferencje nie mogą zastąpić wszystkich rozmów twarzą w twarz [58]. Ponadto pacjenci uważają rozmowy stacjonarne za bardziej wartościowe w porównaniu do konsultacji online [38,55,77].

W odniesieniu do powyższych badań, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca, aby telekomunikacja ograniczała się do kontrolnych konsultacji dobrze i długo znanych pacjentów [78].

2.5 Perspektywa lekarza psychiatry

Specjaliści są sceptyczni w kwestii uzyskania pożądanego sukcesu terapeutycznego korzystając wyłącznie z sesji zdalnych. David Turgosse i wsp. w metaanalizie podkreślają, że lekarz w trakcie prowadzenia terapii online jest pozbawiony możliwości bezpośredniego spojrzenia w oczy, śledzenia mimiki twarzy, mowy ciała. Nie może ocenić ewentualnych śladów samouszkodzenia [79], spadku masy ciała [80] ani wyczuć zapachu alkoholu. Nie może więc dokonać kompleksowej oceny pacjenta. W telefonicznym kontakcie wizerunek pacjenta jest zupełnie utracony, co podkreślają Mielimąka i wsp. w

pracy badawczej poświęconej psychoterapii online [81]. Niepełna ocena stanu psychicznego pacjenta uniemożliwia dokładne monitorowanie np. ryzyka samobójczego. Shore i wsp. w badaniach wyrażają obawy co do ograniczonej możliwości reakcji lekarza w przypadkach wyrażania myśli samobójczych i nagłej utraty połączenia [82]. Gentry i wsp. wskazali na problematyczne odróżnienie w terapii zdalnej prawdziwych zamiarów popełnienia samobójstwa od fałszywych [83]. Specjaliści uważają, że osoby mające w przeszłości próbę samobójczą nie powinny korzystać z telepsychiatrii [39,80].

Sceptycyzm i nieufność klinicystów co do telepsychiatrii uważane są najistotniejsze bariery hamujące wdrażanie omawianych usług [84-86].

2.6 Kwestie prawne

Prowadzenie cyfrowej terapii zobowiązuje do przechowywania całej dokumentacji medycznej w sieci. Stosowanie coraz nowocześniejszych programów oraz platform w pracy wymaga odpowiedniego zabezpieczenia zachowanych danych [86]. Informacje dotyczące zdrowia psychicznego należą do wysokowrażliwych danych i powinny być szczególnie chronione [87]. Istotne jest ustalenie kto będzie miał dostęp do informacji przechowywanych w systemie. Korzystanie z odpowiednio licencjonowanych aplikacji posiadających certyfikaty gwarantuje bezpieczeństwo informacji [88]. Badania opisują, że zarówno pacjenci jak i terapeuci chętniej wybierają certyfikowane programy cyfrowe [76]. Grover i wsp. prowadzili badania na temat obsługi danych dla pracowników służby zdrowia psychicznego. Autorzy wskazali za konieczne określenie nośnika pamięci przechowywanych danych, kodowanie informacji i selekcjonowane uprawnienia dostępu do danych [86]. Przykładem rekomendowanych aplikacji do prowadzenia teleterapii jest WhatsApp, który cechuje się szyfrowaniem wiadomości, bezpiecznym logowaniem oraz łatwością w obsłudze. Kontrowersje budzi kwestia weryfikacji tożsamości pacjenta, zwłaszcza podczas terapii prowadzonych poprzez platformy internetowe lub rozmowy telefoniczne [89]. Obca osoba może podać się za pacjenta aby bezprawnie uzyskać dostęp do informacji na temat jego stanu zdrowia. Ponadto dzieci mogą udawać rodziców, aby uzyskać poradę lekarską bez zgody opiekunów [90].

Kolejną kwestią wymagającą sprecyzowania są prawa i obowiązki zarówno lekarza jak i pacjenta podczas wizyt online, na co wskazuje Martinez-Martin [91]. Jak dotąd nie stworzono regulacji prawnych, które regulowałyby postępowanie w przypadku popełnienia błędów medycznych podczas telekonsultacji [92]. Zakres odpowiedzialności lekarza pozostaje kwestią umowną [93].

Jednym z przedmiotów dyskusji w telemedycynie poruszanych w pracy Sousa i wsp. [94] oraz pracy Stolla i wsp. jest uiszczanie opłaty za przeprowadzoną konsultację [89]. Dyskusje nad ceną telekonsultacji wynikają z różnicy zdań czy wizyta online powinna kosztować mniej lub więcej, niż wizyta stacjonarna [95]. Dotychczas nie określono, w jaki sposób pobierać opłatę w przypadku, gdy dochodzi do przerwania połączenia lub innych awarii technicznych i czy opłata za konsultację powinna być liczona tak samo jak w przypadku konsultacji osobistej [89]. Dotychczas nie opracowano przejrzystych regulacji prawnych dotyczących stosowania telekonsultacji [96]. Potrzeba jest wyznaczenia wytycznych stosowania telekonsultacji międzykrajowych [97].

2.7 Nadużycia

Rosnąca liczba specjalistów świadczących usługi telepsychiatrii może spowodować wzrost przepisywanych uzależniających leków. Problem uzależnienia od substancji należy do grupy głównych wyzwań dla telepsychiatrów. Doniesiono o przypadkach nadużyć, gdy uzależnieni pacjenci starają się uzyskać tę samą receptę od kilku lekarzy i samodzielnie zwiększać dawkę przepisane leku [89]. Zaobserwowano wzrost liczby fałszywych telefonów w celu uzyskania recepty na benzodiazepiny i inne środki odurzające, w tym syropy na kaszel [94]. W przypadku zwiększania dostępu do specjalistów wskazuje się na potrzebę opracowania centralnych baz danych pacjentów, aby zapobiegać nadużyciom i lekomani.

Paradoksalnie zbyt częste konsultacje online mogą przyczynić się do uzależnienia od internetu [98].

Wnioski

Termin telepsychiatria oznacza świadczenie opieki psychiatrycznej opierającej się na wykorzystaniu komunikacji elektronicznej i technologii informacyjnych w celu zapewnienia opieki na odległość. Przy obecnie wysokim zapotrzebowaniu na usługi psychiatrów telemedycyna może pomóc wyrównać szanse w dostępie do specjalistycznej opieki, niezależnie od miejsca pobytu pacjenta i lekarza. Ponadto zapewnia rozszerzenie zasięgu opieki na osoby mieszkające na obszarach wiejskich lub na te, które w inny sposób mają ograniczony dostęp do służby zdrowia.

Telepsychiatria skutecznie minimalizuje problemy, takie jak ograniczenia czasowe oraz trudności związane z transportem. Jest również próbą odpowiedzi na problem stygmatyzacji i piętna społecznego osób leczących się psychiatrycznie.

Wśród kwestii negatywnych dyskusje prowadzone są przede wszystkim nad efektywnością prowadzenia terapii online. Z perspektywy lekarza psychiatry w trakcie podczas zdalnych spotkań z pacjentem,

brakować może możliwości bezpośredniego spojrzenia w oczy, śledzenia mimiki, mowy ciała, dostępu do oceny między innymi śladów po samouszkodzeniach. Problem stworzenia kompletnej oceny pacjenta uniemożliwia w obecnych warunkach wyłączenie prowadzenia terapii zdalnej. Dlatego telekomunikacja powinna się ograniczać do kontrolnych konsultacji i dobrze znanych pacjentów - stanowi formę uzupełnienia procesu diagnozy i leczenia. Możliwość przejścia na terapię zdalną powinna zostać uzgodniona zarówno z pacjentem jak i ze specjalistą i być podyktowana głównie dobrem chorego. Niezbędna jest szczegółowa wiedza na temat miejsca, z którego pacjent uczestniczy w sesji, znajomość alternatywnego źródła kontaktu na wypadek awarii technicznej lub niebezpiecznej sytuacji.

Autorzy wskazują na potrzebę opracowania szczegółowych wytycznych prowadzenia teleterapii ze szczególnym uwzględnieniem problemu samobójstwa.

Psychoterapia zdalna jest przedmiotem dyskusji w kontekście zagadnień prawnych, etycznych oraz klinicznych. Nadal wymaga wielu badań w celu wypracowania najlepszych rozwiązań.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References

- Gude J, Subhedar RV, Zhang MH, Jain P, Bhela J, Bangash F, et al. Emerging Needs and Viability of Telepsychiatry During and Post COVID-19 Era: A Literature Review. *Cureus*. 2021;13(8):16974.
- Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatr* 2015;5(3):286-304.
- Chan S, Parish M, Yellowlees P. Telepsychiatry Today. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17(11):89.
- Perera SR, Gambheera H, Williams SS. Telepsychiatry in the time of COVID-19: Overcoming the challenges. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(3):391-394.
- Wittson CL, Benschoter R. Two-way television: helping the Medical Center reach out. *Am J Psychiatry*. 1972;129(5):624-7.
- WITTSON CL, AFFLECK DC, JOHNSON V. Two-way television in group therapy. *Ment Hosp*. 1961;12:22-3.
- Straker N, Mostyn P, Marshall C. The use of two-way TV in bringing mental health services to the inner city. *Am J Psychiatry*. 1976;133(10):1202-5.
- Hilty DM, Chan S, Torous J, Luo J, Boland RJ. A Telehealth Framework for Mobile Health, Smartphones, and Apps: Competencies, Training, and Faculty Development. *J Technol Behav Sci*. 2019;4(2):106-123.
- Chan S, Li L, Torous J, Gratzner D, Yellowlees PM. Review of Use of Asynchronous Technologies Incorporated in Mental Health Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(10):85.
- Smith K, Torous J, Cipriani A. Teaching Telepsychiatry Skills: Building on the Lessons of the COVID-19 Pandemic to Enhance Mental Health Care in the Future. *JMIR Ment Health*. 2022;9(10):37939.
- Kiluk BD, Nich C, Buck MB, Devore KA, Frankforter TL, LaPaglia DM, et al. Randomized Clinical Trial of Computerized

- and Clinician-Delivered CBT in Comparison With Standard Outpatient Treatment for Substance Use Disorders: Primary Within-Treatment and Follow-Up Outcomes. *Am J Psychiatry*. 201;175(9):853-863.
12. Doss BD, Feinberg LK, Rothman K, Roddy MK, Comer JS. Using technology to enhance and expand interventions for couples and families: conceptual and methodological considerations. *J Fam Psychol : JFP : J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc(Division 43)*. 2017;31(8):983-93.
 13. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment assistance in the World Health Organization's World Mental Health Survey. *CAVITY. JAMA*. 2004;291:2581-2590.
 14. Kane H, Gourret Baumgart J, El-Hage W, Deloyer J, Maes C, Lebas MC, et al. Opportunities and Challenges for Professionals in Psychiatry and Mental Health Care Using Digital Technologies During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. *JMIR Hum Factors*. 2022;9(1):30359.
 15. Looi JC, Bastiampillai T, Pring W, Reay RE, Kisely SR, Allison S. Lessons from billed telepsychiatry in Australia during the COVID-19 pandemic: rapid adaptation to increase specialist psychiatric care. *Public Health Res Pract*. 2022;32(4):3242238.
 16. Kane H, Baumgart JG, Rusch E, Deloyer J, Fuenzalida C, Kelemen G, et al. The impact of COVID-19 on psychiatric and mental health services in Europe: suffering experienced by professionals. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1360.
 17. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2020;19(3):294-306.
 18. Motamed M, Sharifi V, Yahyavi S, Mirsepassi Z. Telepsychiatry during the COVID-19 pandemic: An experience in a low resource setting. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022;(69):103000.
 19. Mucic D, Shore JH, Hilty DM, Krysta K, Krzystanek M. Lessons Learned or Forgotten? Impacts of COVID-19 on the Future Direction of Global (e-)Mental Health Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(12):86.
 20. Khurana S, Pertschuk M, Newton K, Klein D, Du W. Transition to Inpatient Telepsychiatry Services and Impact on Quality of Care. *J Psychiatr Pract*. 2022;28(6):492-496.
 21. Janas-Kozik, Małgorzata. Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Psychiatria*. 2017;14(1):61-63.
 22. World Health Organization. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2016.
 23. World Health Organization. *Mental Health Atlas*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2017.
 24. Raport Najwyższej Izby Kontroli. DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (W LATACH 2017-2019). Cytowana 19.01.2023r. Dostępna z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf>
 25. Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry*. 2016;6(2):269-82.
 26. Grady B, Singleton M. Telepsychiatry "coverage" to a rural inpatient psychiatric unit. *Telemed J E Health*. 2011;17(8):603-8.
 27. Fenichel M, Suler J, Barak A, Zelvin E, Jones G, Munro K, et al. Myths and realities of online clinical work. *Cyber Psychol Behav*. 2002;5(5):481-97.
 28. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*. 2013;38(5):976-993.
 29. Rask KJ, Williams MV, Parker RM, McNagny SE. Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*. 2004;271(24):1931-1933.
 30. Yang S, Zarr RL, Kass-Hout TA, Kouroush A, Kelly NR. Transportation barriers to accessing health care for urban children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2006;17(4): 928-943. .
 31. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kastner B. Access barriers to health care for latino children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1998;152(11):1119-1125.
 32. De Haan AM, Boon AE, De Jong JTVM, Hoeve M, Vermeiren RRJM. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin. Psychol. Rev*. 2013;33:698-711.
 33. Silver D, Blustein J, Weitzman BC. Transportation to clinic: Findings from a pilot clinic-based survey of low-income suburbanites. *Journal of Immigrant and Minority Health/Center for Minority Public Health*. 2012;14(2):350-355.
 34. Kaigwa LC, Njenga F, Ongeri L, Nguithi A, Mugane M, Mbugua GM, et al. Implementation of telepsychiatry in Kenya: acceptability study. *BJPsych Open*. 2022;8(3):85.
 35. Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(12):25.10-2523.
 36. Russo JE, McCool RR, Davies L. VA telemedicine: an analysis of cost and time savings. *Telemed J E Health* 2016;22:209-215.
 37. Rasing SPA, Stikkelbroek YAJ, Bodden DHM. Is Digital Treatment the Holy Grail? Literature Review on Computerized and Blended Treatment for Depressive Disorders in Youth. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):153.
 38. MK, Mishra VC, Panda TK, Nebhinani N, Suthar N, Gehlawat P. User Perception of Telephone-Based Telepsychiatry Consultation: A Cross-Sectional Survey. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(5):21.03188.
 39. Al-Mahrouqi T, Al-Alawi K, Al-Alawi M, Al Balushi N, Al Ghailani A, Al Sabti H, et al. A promising future for tele-mental health in Oman: A qualitative exploration of clients and therapists' experiences. *SAGE Open Med*. 2022;10:20503121221086372.
 40. Benudis A, Re'em Y, Kanellopoulos D, Moreno A, Zonana J. Patient and provider experiences of telemental health during the COVID-19 pandemic in a New York City academic medical center. *Psychiatry Res*. 2022;3(11):114496.
 41. Rabinowitz T, Murphy KM, Amour JL, Ricci MA, Caputo MP. Newhouse Benefits of a telepsychiatry consultation service for rural nursing home residents *Telemed E Health*. 2010;16(1):34-40.
 42. Bulkes ZN, Kaley D, Kay B, Riemann BC. Comparing efficacy of telehealth to in-person mental health care in intensive-treatment-seeking adults. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;(145):347-352.
 43. Spaulding R, Cain S, Sonnenschein K. Urban telepsychiatry: uncommon service for a common need. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2011;20(1):29-39.
 44. Hassan A, Sharif K. Efficacy of Telepsychiatry in Refugee Populations: A Systematic Review of the Evidence. *Cureus*. 2019;11(1):3984.
 45. Naik SS, Manjunatha N, Kumar CN, Math SB, Moirangthem S. Patient's perspectives of telepsychiatry: the past, present and future. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(5):102S-107.
 46. Oyediran KA, Makinde OA, Adelakin O. The role of telemedicine in addressing access to sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa during the COVID-19 pandemic. *African Journal of Reproductive Health*. 2020;24(2):49-55.
 47. Weissman R, Bauer S, Thomas J. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *Int J Eat Disord*.

- 2020;(53):639–646.
48. Datta N, Derenne J, Sanders M, Lock JD. Telehealth transition in a comprehensive care unit for eating disorders: challenges and long-term benefits. *Int J Eat Disord*. 2020;(53):1774–1779.
 49. Whaibeh E, Mahmoud H, Vogt EL. Reducing the Treatment Gap for LGBT Mental Health Needs: the Potential of Telepsychiatry. *J Behav Health Serv Res*. 2020;47(3):424–431.
 50. Sabin JE, Skimming K. A framework of ethics for telepsychiatry practice. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):490–5.
 51. Shoib S, Armiya'u AY, Roza TH, Saeed F, Swed S, Arif N, et al. Telepsychiatry for conflict-affected settings: Feasibility, ethics, barriers and prospects. *Asian J Psychiatr*. 2022;(75):103203.
 52. Anjali DB, de la Houssaye N, Baum N. Use of telemedicine for sexual medicine patients. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;(8):507–517.
 53. Moeller AM, Christensen LF, Hansen JP, Andersen PT. Patients' acceptance of video consultations in the mental health services: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Digit Health*. 2022;(8):20552076221075148.
 54. Yue H, Mail V, DiSalvo M, Borba C, Piechniczek-Buczek J, Yule AM. Patient Preferences for Patient Portal-Based Telepsychiatry in a Safety Net Hospital Setting During COVID-19: Cross-sectional Study. *JMIR Form Res*. 2022;6(1):33697.
 55. Miller CJ, McInnes DK, Stolzmann K, Bauer MS. Interest in Use of Technology for Healthcare Among Veterans Receiving Treatment for Mental Health. *Telemed J E Health*. 2016;22(10):847–854.
 56. Wilcock AD, Rose S, Busch AB, Huskamp HA, Uscher-Pines L, Landon B, et al. Association Between Broadband Internet Availability and Telemedicine Use. *JAMA Intern Med*. 2019;179(11):1580–1582.
 57. Wang Q, Myers MD, Sundaram D. Digital natives and digital immigrants—Towards a model of digital fluency. *Bus Inf Syst Eng*. 2013;5:409–419.
 58. Christensen LF, Wilson R, Hansen JP, Nielsen CT, Gildberg FA. A qualitative study of patients' and providers' experiences with the use of videoconferences by older adults with depression. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(2):427–439.
 59. Myers K, Nelson EL, Rabinowitz T, Hilty D, Baker D, Barnwell SS et al. American Telemedicine Association Practice Guidelines for Telemental Health with Children and Adolescents. *Telemed J E Health*. 2017;23(10):779–804.
 60. Frayn M, Fojtu C, Jurascio A. COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Curr Psychol*. 2021;(40):6249–6258.
 61. Tarp K, Mejdal A, Nielsen AS. Patient Satisfaction With Videoconferencing-based Treatment for Alcohol Use Disorders. *Addict Disord Their Treat*. 2017;16(2):70–79.
 62. Ben-Zeev D, Davis KE, Kaiser S, Krzysos I, Drake RE. Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40(4):340–3.
 63. Magal T, Negev M, Kaphzan H. Attitudinal Barriers Hindering Adoption of Telepsychiatry among Mental Healthcare Professionals: Israel as a Case-Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12540.
 64. Turgoose D, Ashwick R, Murphy D. Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare*. 2018;24(9):575–585.
 65. Hailey D, Ohinmaa A, Roine R. Limitations in the routine use of telepsychiatry. *J Telemed Telecare*. 2009;15(1):28–31.
 66. Triana AJ, Gusdorf RE, Shah KP, Horst SN. Technology Literacy as a Barrier to Telehealth During COVID-19. *Telemed J E Health*. 2020;26(9):1118–1119.
 67. Ghosh A, Mahintamani T, Sharma K, Singh GK, Pillai RR, Subodh BN, et al. The therapeutic relationships, empathy, and satisfaction in teleconsultation for substance use disorders: Better or worse than in-person consultation? *Indian J Psychiatry*. 2022;64(5):457–465.
 68. Watzlaf VJM, Dealmeida DR, Zhou L, Hartman LM. Protocol for a systematic review of telehealth privacy and security research to identify best practices. *Int J Telerehabil* 2015;(7):15–22.
 69. de Menil VP, Knapp M, McDaid D, Njenga FG. Service use, charge, and access to mental healthcare in a private Kenyan inpatient setting: the effects of insurance. *PLoS One*. 2014;(3): 90297.
 70. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Telepsychiatry and AACAP Committee on Quality Issues: Clinical update: telepsychiatry with children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;(56):875–893.
 71. Lopez A, Schwenk S, Schneck CD, Griffin RJ, Mishkind MC. Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):76.
 72. Shore JH, Savin DM, Novins D, Manson SM. Cultural aspects of telepsychiatry. *J Telemed Telecare*. 2006;(12):116–121.
 73. Wyler H, Liebrez M, Ajdacic-Gross V, Seifritz E, Young S, Burger P, et al. Treatment provision for adults with ADHD during the COVID-19 pandemic: an exploratory study on patient and therapist experience with on-site sessions using face masks vs. telepsychiatric sessions. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):237.
 74. Simpson S, Guerrini L, Rochford S. Telepsychology in a university psychology clinic setting: a pilot project. *Aust Psychol*. 2015;(50): 285–291.
 75. May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Soc Sci Med*. 2001;(52):1889–1901.
 76. Leukhardt A, Heider M, Reboly K, Franzen G, Eichenberg C. Videobasierte Behandlungen in der psychodynamischen Psychotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Interviewstudie mit Psychotherapeut*innen und Patient*innen [Video-based treatment in psychodynamic psychotherapy in times of the COVID-19 pandemic]. *Psychotherapeut*. 2021;66(5):398–405.
 77. De Witte NAJ, Carlbring P, Etzelmueller A, Nordgreen T, Karekla M, Haddouk L. Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interv*. 2021;(25):100405.
 78. Matuszczyk M, Koźmin-Burzyńska A, Przybyło J i wsp. Rekomendacje PTP w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej. Sekcja Naukowa Telepsychiatrii. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne 2020. Cytowania 10.01.2023r. Dostępna z: https://psychiatria.org.pl/news,tekst,392,rekomendacje_ptp_w_zakresie_prowadzenia_wizyt_online_w_opiece_psychiarycznej
 79. Turgoose D, Ashwick R, Murphy D. Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare*. 2018;24(9):575–585.
 80. O'Brien M, McNicholas F. The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(4):250–255.
 81. Mielimąka M, Wolińska A, Mostowik J, Rutkowski K. Nowe możliwości i ograniczenia prowadzenia psychoterapii z zastosowaniem systemów teleinformatycznych. *Psychiatria po Dyplomie*. 2021;18(1):44–48.
 82. Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency management guidelines for telepsychiatry. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;26(9):1118–1119.

- 2007;29(3):199-206.
83. Gentry MT, Murray AP, Altchuler SI, McKean AJ, Joyce JB, Hilty DM. Development and Implementation of a Virtual Clinical Skills Examination in General Psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2022;(1):5.
 84. Brooks E, Turvey C, Augusterfer EF. Provider barriers to telemental health: obstacles overcome, obstacles remaining. *Telemed J E Health*. 2013;19(6):433-7.
 85. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: a review. *Can J Psychiatry*. 2008;(53):769-778.
 86. Grover S, Sarkar S, Gupta R. Data Handling for E-Mental Health Professionals. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(5):85-91.
 87. Hirschtritt ME, Insel TR. Digital Technologies in Psychiatry: Present and Future. *Focus American Psychiatric Publishing*. 2018;16(3):251-258.
 88. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. *Telemed J E Health*. 2020;26(5):571-573.
 89. Stoll J, Müller JA, Trachsel M. Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2020;(10):993.
 90. Vukušić RT, Viskić J, Machala PL, Relić D, Marelić M, Jokic D, et al. Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2021;23(11):25770.
 91. Martinez-Martin N, Dasgupta I, Carter A, Chandler JA, Kellmeyer P, Kreitmair K, et al. Ethics of Digital Mental Health During COVID-19: Crisis and Opportunities. *JMIR Ment Health*. 2020;7(12):23776.
 92. Sossong S, Schwamm LH, Barsanti L, Carter M, Kling N, Kotarski M, et al. Practical Issues in Delivery of Clinician-to-Patient Telemental Health in an Academic Medical Center. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(3):135-145.
 93. Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21(st) century: transforming healthcare with technology. *Perspect Health Inf Manag*. 2013;(10):1.
 94. Sousa A, Shrivastava A, Shah B. Telepsychiatry and Telepsychotherapy: Critical Issues Faced by Indian Patients and Psychiatrists. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(5):74-80.
 95. Salmanizadeh F, Ameri A, Bahaadinbeigy K. Methods of Reimbursement for Telemedicine Services: A Scoping Review. *Med J Islam Repub Iran*. 2022;(36):68.
 96. Wilhelm S, Weingarden H, Ladis I, Braddick V, Shin J, Jacobson NC. Cognitive-Behavioral Therapy in the Digital Age: Presidential Address. *Beha Ther*. 2020;(51):1-14.
 97. Lovejoy TI, Demireva PD, Grayson JL, McNamara JR. Advancing the practice of online psychotherapy: An application of Rogers' diffusion of innovations theory. *Psychother: Theory Res Pract Training*. 2009;46(1):112-24.
 98. Gupta K, Sinha A, Bhola P. Intersections between ethics and technology: Online client-therapist interactions. In: Bhola P, Raguram A, editors. *Ethical issues in counselling and psychotherapy practice: Walking the line*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media. 2016;169-86.

Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention,
Medical University of Lublin, Poland

Otrzymano: 26.01.2023

Zrecenzowano: 02.02.2023

Przyjęto do publikacji: 27.02.2023

Corresponding author

Klaudia Kister

e-mail: klaudia2178@gmail.com

Students Research Group at the I Department of